

près l'alimentation des malades. Comme ils sont dus en général à l'obstruction particulière de l'orifice pylorique, on peut les prévenir en partie du moins, en ne donnant que des aliments liquides et par petites quantités à chaque fois.

Il existe cependant une forme de vomissement sur laquelle Chesnel (Thèse de Paris 1887) a attiré l'attention. Ce sont des vomissements incessants qui résistent à toute espèce de mélioration et persistent jusqu'à la mort. Mathieu (Thèse de Lyon, 1884) rapporte plusieurs observations où ils se sont produits chez des femmes enceintes et furent pris pour des vomissements incoercibles liés à la grossesse. L'avortement fut pratiqué sans les faire cesser, cela va sans dire, et leur véritable cause ne fut reconnue qu'à l'autopsie.

Les vomissements noirs consécutifs à des hémorragies, ne fournissent pas d'indications spéciales au cancer, et leur traitement est celui des hématoméses. On peut en dire autant de la diarrhée, si fréquente pendant la période cachectique. Comme elle est due soit au passage dans l'intestin de matières alimentaires mal digérées, soit à la présence d'une ulcération sur la muqueuse de l'estomac et à l'insuffisance fonctionnelle de cet organe, l'alimentation bien réglée et l'emploi des poudres inertes, bismuth, charbon, seront les moyens les plus efficaces contre elle.

Dans la première période de la maladie, et parfois pendant plus longtemps, la constipation est de règle. Il ne faut pas se servir de purgatifs, que l'estomac supporte mal ; les lavements doivent être préférés, soit les lavements purgatifs, soit même la simple irrigation rectale avec de l'eau froide.

Les autres symptômes, ascite, fièvre, phlegmatia alba dolens, communs à d'autres maladies, ne demandent pas ici de traitement particulier.

4° TRAITEMENT CHIRURGICAL. — L'application de la chirurgie au traitement du cancer de l'estomac est encore une curiosité scientifique et n'est pas près de passer dans la pratique. Aussi est-il inutile d'insister sur ce mode de traitement. Les chirurgiens les plus hardis ont songé à enlever la tumeur elle-même en réséquant une portion de l'estomac.

Billroth, qui a posé les indications de cette opération, demande qu'elle soit pratiquée au début de la maladie, pour augmenter les chances de succès ; selon lui, elle peut être tentée quand la sténose du pylore oppose un obstacle infranchissable aux aliments, mais elle se trouve contre-indiquée quand la tumeur est soupçonnée de s'être généralisée aux organes voisins ou d'avoir contracté des adhérences avec eux. Le manuel opératoire est assez minutieux, et on le trouvera en détail dans un mémoire très complet de Blum (*Archives générales de médecine*, 1882) ; les résultats donnés jusqu'ici par cette opération ne sont pas très encourageants : la majeure partie des malades meurt, en un ou deux jours, des suites de l'opération, que leur faiblesse ne leur permettait pas de supporter. Ceux qui lui survivent meurent peu de temps après, soit que la tumeur n'ait pas été complètement enlevée, soit qu'elle récidive.

Des opérations palliatives peuvent être tentées avec peut-être plus de succès que la précédente ; ce sont, en particulier, l'entérotomie et la gastrotomie. La première consiste à ouvrir le duodénum